FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 54

DE

LA CÉPHALÉE TEMPORO-OCCIPITALE

CONSÉCUTIVE AUX AFFECTIONS DU PHARYNX ET DE L'OREILLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 AVRIL 1888

PAR

Pierre-Fernand TAUZIN

Né à Samazan (Lot-et-Garonne), le 5 février 1859

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
ARTIGALAS,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 54

DE

LA CÉPHALÉE TEMPORO-OCCIPITALE

CONSÉCUTIVE AUX AFFECTIONS DU PHARYNX ET DE L'OREILLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 AVRIL 1888

PAR

Pierre-Fernand TAUZIN

Né à Samazan (Lot-et-Garonne), le 5 février 1859.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
ARTIGALAS,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes....	MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Maladies mentales.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGELY

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0079

INTRODUCTION

Les douleurs dont la tête est si souvent le siège ont depuis longtemps attiré l'attention des médecins, mais leur étiologie reste souvent obscure. Notre but est d'essayer de démontrer que les lésions du pharynx et de l'oreille doivent fréquemment être incriminées. Du reste, notre maître, M. le professeur Vergely, dont nous avons eu la bonne fortune de suivre l'enseignement et à qui nous devons l'idée première de ce travail, a déjà publié un Mémoire sur cette question qui a considérablement facilité nos recherches.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude et nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE

LA CÉPHALÉE TEMPORO-OCCIPITALE

consécutive aux affections du pharynx et de l'oreille

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DU PHARYNX

Le pharynx s'étend de l'apophyse basilaire de l'occipital jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale; il se continue, en bas avec l'œsophage et le larynx, en avant avec les cavités buccale et nasale et en haut avec l'oreille.

La plupart des anatomistes, et nous adopterons leur manière de faire, divisent le pharynx en trois parties: pharyngo-nasale, pharyngo-orale et pharyngo-laryngienne.

La portion pharyngo-nasale ou partie supérieure, désignée encore sous le nom d'arrière-cavité des fosses nasales, longue de deux centimètres et demi ou trois centimètres environ en avant, et de cinq centimètres en arrière, est limitée en haut et en arrière, par l'apophyse basilaire, et en bas par le voile du palais; sur les côtés par les ailes internes des apophyses ptérygoïdes. En arrière et au centre de la voûte, il existe une cavité d'une profondeur

considérable, dans laquelle on trouve un amas de glandes en grappes, décrites par Luschka sous le nom d'amygdale pharyngée, et que certains auteurs désignent sous le nom de glande de Luschka. Elle est composée de follicules unis d'une façon plus ou moins intime, et sa surface présente de nombreuses saillies qui sont les ouvertures des glandes.

Enfin, suivant Tortual, il existe au bord antérieur de la voûte un sinus assez profond auquel il a donné le nom de *sinus faucium supérieur,* sinus limité en haut par les ouvertures de la trompe d'Eustache et les fossettes de Rosenmüller, fossettes qui constituent la principale cause d'erreur dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

La portion pharyngo-orale ou partie moyenne, désignée encore sous le nom de portion buccale, longue de 4 à 5 centimètres, est limitée en haut par les piliers postérieurs du voile du palais, et en bas, par un plan qui passerait par l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde.

La portion pharyngo-laryngienne occupe l'espace compris entre l'os hyoïde en haut, et le bord inférieur du cartilage cricoïde en bas Elle est longue de 5 à 6 centimètres.

De ces mensurations, il résulte que le pharynx possède en longueur 14 à 15 centimètres à l'état de repos; dimensions qui diminuent, surtout pour la portion moyenne, soit dans la phonation, soit dans la déglutition.

Le diamètre transverse et le diamètre antéro-postérieur varient beaucoup selon la partie pharyngienne considérée.

Le maximum du diamètre transverse est de 4 centimètres et demi à 5 centimètres, son minimum de 2 centimètres et demi à 3 centimètres.

Enfin le diamètre antéro-postérieur varie entre 2 et 5 centimètres.

Pour être complet, il nous reste à parler des rapports de la face postérieure.

Cette face est située au-devant des vertèbres cervicales, dont elle est séparée par les muscles prévertébraux et l'aponévrose prévertébrale ; de plus, entre cette aponévrose et la face postérieure de l'organe, se trouve interposée une couche celluleuse très lâche, espèce de séreuse rudimentaire qui isole l'organe et lui permet de glisser dans tous les sens, fait que la pathologie confirme tous les jours ; car, sous l'influence de causes très diverses, cette couche cellulaire s'enflamme, le pharynx perd sa mobilité, accident qui entraîne une dysphagie plus ou moins intense, plus ou moins gênante.

Structure. — Une lame fibreuse tapissée en dehors par des muscles, en dedans par une muqueuse : telles sont les trois couches qui entrent dans la structure des parois pharyngiennes.

La couche fibreuse qui forme la charpente de l'organe est forte, peu flexible, et donne attache aux muscles qui la recouvrent. Elle s'étend de la base du crâne au larynx.

Les muscles sont intrinsèques et extrinsèques. Les premiers resserrent principalement le pharynx, aussi les décrit-on sous le nom de constricteurs supérieur, moyen et inférieur. Les muscles extrinsèques diminuent surtout la longueur du pharynx. Ce sont : le pharyngo-staphylin et le stylo-pharyngien.

Nous n'insisterons pas, car nous pensons qu'il serait sans intérêt de donner ici la description de ces muscles. La membrane muqueuse recouvre dans son entier la surface interne du pharynx, et se continue dans toutes les ouvertures qu'on y rencontre.

Dans la cavité pharyngo-nasale, elle est dense, d'un rose pâle, adhérente aux parois sous-jacentes, surtout à la surface de l'apophyse basilaire où elle devient souvent le point de départ de polypes fibreux. Elle forme un bourrelet autour du pavillon de la trompe d'Eustache, par laquelle elle se continue avec la muqueuse de la caisse du tympan.

Dans la portion buccale, la muqueuse est pâle, plissée longitu-

dinalement et faiblement unie à l'aponévrose. Enfin, dans la portion laryngienne, elle se plisse dans divers sens, à la manière d'une membrane qui serait beaucoup plus large que le plan sur lequel elle repose.

Dans la cavité pharyngo-nasale, la muqueuse est recouverte d'épithélium cylindrique à cils vibratiles ; dans la région pharyngo-buccale, l'épithélium est pavimenteux.

De nombreuses glandes sont contenues dans l'épaisseur de cette muqueuse ; elles sont surtout abondantes dans la cavité pharyngo-nasale.

Vaisseaux et nerfs. — Les artères qui se distribuent dans les parois du pharynx émanent de plusieurs sources : 1° de la pharyngienne inférieure, branche de la carotide externe ; 2° de la palatine inférieure, qui leur fournit quelques divisions ; 3° de la pharyngienne supérieure, branche de la maxillaire interne, qui se perd dans la muqueuse de la voûte du pharynx ; 4° de la thyroïdienne supérieure qui fournit plusieurs ramuscules à la portion laryngienne.

La partie postérieure et latérale du pharynx est entourée d'un plexus veineux considérable, auquel aboutissent plusieurs rameaux méningiens et plusieurs branches provenant des veines vidiennes et sphéno-palatines.

De ce même plexus émanent des rameaux pharyngiens qui se rendent à la veine linguale, quelquefois à la veine faciale ou à la veine thyroïdienne inférieure, et souvent directement à la veine jugulaire interne.

Indépendamment de ce plexus pharyngien que l'on pourrait appeler superficiel, il existe sous la muqueuse pharyngienne un réseau veineux à mailles extrêmement serrées, signalé par Cruveilher et décrit il y a quelques mois seulement par MM. Bimar et Lapeyre. Ce plexus est compris entre la muqueuse, en avant, et le muscle constricteur inférieur en arrière ; l'angle inférieur du constricteur moyen le recouvre partiellement.

Sa forme est celle d'un disque ovalaire à grosse extrémité supérieure, aplati d'avant en arrière et à contours irréguliers. Il mesure environ 0^m03 dans le sens longitudinal et 0^m025 dans le sens transversal ; son épaisseur est de 0^m004 à 0^m005. Ce plexus communique avec le plexus pharyngien superficiel par plusieurs veines ou groupes de veines, qui cheminent sous le muscle constricteur inférieur et perforent ensuite ce muscle en traversant de véritables boutonnières. Un premier groupe naît de la partie supérieure, se dirige en haut, en suivant la ligne médiane et se jette, par une ou deux veines assez volumineuses, dans la partie médiane du plexus superficiel. Un second groupe, provenant des côtés du plexus profond, se dirige en haut et en dehors, parallèlement au bord postérieur du cartilage thyroïde et gagne les parties latérales du plexus superficiel, où il va former une des origines de la veine pharyngienne.

Un dernier groupe né également des parties latérales du plexus profond, se porte en dehors, vers le corps thyroïde, et s'abouche avec des rameaux de la veine thyroïdienne supérieure.

Enfin, en bas, le plexus communique avec le réseau veineux sous-muqueux de l'œsophage.

Les lymphatiques constituent sur la muqueuse un réseau serré, qui se continue directement suivant Teichmann, avec celui des fosses nasales, de la bouche, de la trachée et de l'œsophage, et d'où partent, de chaque côté, plusieurs rameaux qui se portent soit au ganglion qui repose sur la partie la plus élevée du constricteur supérieur, soit aux ganglions situés au-devant de la bifurcation de la carotide primitive.

Le pharynx est innervé par des rameaux du grand sympathique, des rameaux du pneumogastrique et des rameaux du glosso-pharyngien. Tous ces rameaux s'anastomosent les uns avec les autres et forment ce qu'on appelle le plexus pharyngien. Le nerf glosso-pharyngien fournit un rameau au stylo-pharyngien, aux constric-

teurs supérieur et moyen et à la muqueuse. Les branches pharyngiennes du pneumogastrique, du glosso-pharyngien et de l'accessoire de Willis, semblent destinées aux constricteurs supérieur et moyen et à la muqueuse (Hyrtl et Rüdinger), tandis que le laryngé supérieur anime le constricteur supérieur. Les nerfs sympathiques viennent des ganglions cervical supérieur et cevical moyen.

D'après Cornil et Ranvier les terminaisons nerveuses sont imparfaitement connues.

CHAPITRE II

DES DOULEURS CRANIENNES OU PERICRANIENNES CAUSÉES PAR LES TRAUMATISMES PHARYNGIENS.

L'organe dont nous venons de donner une description aussi brève que possible est, par sa situation profonde, bien protégé contre les traumatismes, mais il n'en est pas complètement à l'abri. Les contusions sont presque toujours produites de dedans en dehors, soit par le cathétérisme, soit par les tentatives faites pour extraire un corps étranger, soit enfin par l'introduction brusque d'un corps plus ou moins aigü, qui, pénétrant à travers la bouche vient heurter la paroi pharyngienne postérieure. C'est surtout dans les tentatives d'homicide que le pharynx est exposé aux blessures, aussi est-il rare qu'il soit blessé isolément. Quoi qu'il en soit, les désordres sont généralement considérables, et rarement sans importance; c'est ce qui nous explique peut-être l'absence de renseignements sur les douleurs circonvoisines, dans les rares observations que nous avons pu recueillir, toute l'attention des médecins s'étant portée sur les troubles locaux.

Nous ne sommes pas mieux renseignés sur les conséquences des plaies produites par l'extirpation des tumeurs de cette région, cependant Legal a vu se produire des douleurs occipitales, après chaque cautérisation du pédicule d'un polype fibreux de la gorge.

Hack a vu un malade ressentir subitement des douleurs violentes dans les muscles du cou, au point d'empêcher tout mouvement de la tête, pendant la destruction par le galvano-cautère de quelques granulations siègeant sur la partie postérieure du pharynx. En même temps apparut un gonflement des piliers ; le lendemain,

le gonflement et la gêne dans les mouvements musculaires avaient disparu.

Enfin, Héring, médecin à l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie, a observé avec ses confrères Szymanski et Gruszczynski, un malade tout aussi intéressant dont voici l'observation : Boleslas Lukomski, collégien, âgé de 13 ans, se présenta à ma consultation en novembre 1885, pour une toux violente de caractère nerveux, ou plutôt pharyngien. Ce jeune homme, très intelligent, d'une constitution scrofuleuse, me dit qu'après une première apparition, il y a deux ans, la maladie durait déjà depuis quelques semaines. Il était fréquemment enroué et éprouvait une irritation et une sécheresse dans la gorge. A l'exploration, on aperçoit à la partie postérieure, de nombreuses granulations d'un volume assez considérable, dont l'attouchement provoque de petites attaques de toux. La paroi postérieure du pharynx est rouge et un peu gonflée.

Les poumons présentaient une bronchite localisée dans le sommet ; le nez était sain. Après quelque temps de traitement local inefficace, je résolus de détruire les granulations au moyen du thermo-cautère.

Cependant, à peine eus-je touché l'excroissance du milieu, la plus grande de toutes, cachée un peu par la luette, que le malade ressentit de très fortes douleurs dans le cou qui l'empêchaient de ramener la tête en arrière. Il permit encore de cautériser quelques-unes des granulations les plus développées ; immédiatement après, il se produisit un torticolis à droite, accompagné d'une contraction douloureuse des muscles du cou.

La tête se pencha vers l'épaule droite un peu en arrière, et tout mouvement devint très douloureux. Cet état dura neuf jours et cessa avec la chute de l'eschare du pharynx et la cicatrisation des plaies. La toux diminua, perdit son caractère nerveux, mais revint de temps en temps, comme symptôme de la bronchite.

Héring avoue que l'explication de ce phénomène est assez

difficile à donner. Cependant il se livre aux réflexions suivantes:

Il est hors de doute, dit-il, que le torticolis était causé non par un accident fortuit, mais par la cautérisation du pharynx ; ceci est prouvé par la coïncidence de sa guérison avec la chute de l'eschare. Est-il probable que le galvano-cautère ayant touché quelque filet nerveux de la muqueuse, qu'il a irrité sans le détruire, ait provoqué ainsi une névrite qui, par son action réflexe fut suivie d'une infiltration séreuse d'un groupe musculaire ? Autrement, il serait difficile d'admettre, qu'une maladie de neuf jours de durée, fût provoquée par un spasme musculaire de nature réflexe, causé par l'influence de cautérisation de bourgeons qui se trouvaient à la paroi postérieure du pharynx.

Les substances caustiques, avalées par accident ou avec l'intention de commettre un suicide, comme cela arrive trop souvent, produisent aussi quelquefois à la suite de leur action sur le pharynx, des douleurs occipitales.

Legal a vu un jeune homme se plaindre de ces douleurs, à la suite d'une brûlure de cet organe avec une lessive de soude.

Morell-Mackenzie, dans les ulcérations superficielles de la gorge, dues à une septicémie de peu d'intensité, signale un sentiment de lassitude et de malaise général, accompagné parfois de douleurs lancinantes dans les jambes et fréquemment dans la tête.

Homolle, s'appuyant sur de nombreuses observations, prétend que les ulcérations scrofuleuses du fond du pharynx peuvent passer presque inaperçues, qu'on les reconnaît en quelque sorte par hasard.

Quelques malades cependant accusent des douleurs d'oreilles, souvent limitées d'un seul côté ; il ajoute qu'il est plus rare d'observer une céphalalgie intense, ou des souffrances ressenties à la nuque au moment de la déglutition.

Enfin, nous basant sur ce que nous avons vu, nous croyons pouvoir ajouter que les ulcérations syphilitiques sont généralement fort peu douloureuses.

CHAPITRE III

DE LA COINCIDENCE DE LA CÉPHALÉE POSTÉRIEURE AVEC LES INFLAMMATIONS DU PHARYNX

Dans les livres anciens, on ne trouve aucune trace des symptômes que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre ; c'est seulement dans ces dernières années que l'attention des médecins s'est portée sur certains troubles qui coïncident avec les inflammations naso-pharyngiennes et pharyngo-tympaniques ; enfin, c'est surtout en Allemagne et en Angleterre que l'on en a fait mention pour la première fois.

Pour le moment, nous ne nous occuperons que des conséquences des inflammations naso-pharyngiennes, nous réservant de traiter dans le chapitre suivant les troubles que l'on peut observer dans les inflammations pharyngo-tympaniques.

Déjà, en 1870, Troeltsch avait entrevu que certaines formes de névralgies étaient souvent associées au catarrhe chronique du pharynx et prétendait que pour les guérir il suffisait de traiter l'affection principale.

En 1872, Mandl signalait dans les formes intenses de l'angine granuleuse, outre les sensations de sécheresse, de cuisson, de picotement, de constriction à la gorge, une sensation de pesanteur au sternum et à la nuque.

En 1883, le docteur Gellé, faisant part à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, du résultat de ses observations, disait : l'angine chronique rhumatismale, évolue totalement ignorée du sujet ; elle est indolore, à peine gênante, fournit peu

d'expectoration et est compatible avec des apparences de santé absolument bonne. Aussi les patients de se récrier qu'ils n'éprouvent aucun mal au gosier. Ils souffrent à la nuque, dans le cou, à la tête et peu de la gorge.

La même année, Hack, publia une observation de douleurs très opiniâtres localisées entre les deux épaules. Le malade, un sergent de forte constitution, indemne de toute affection nerveuse, ne présentait qu'une légère douleur disséminée dans la muqueuse de la gorge. Une seule application du cautère galvano-caustique sur la paroi postérieure fit complètement cesser les douleurs.

Une seconde observation de Hack est tout aussi intéressante. Le malade, dans la force de l'âge, se plaint de douleurs pénétrantes au-dessus des clavicules, douleurs associées à une toux opiniâtre et accompagnant chaque inspiration un peu profonde. L'état des poumons ne présente rien d'extraordinaire, mais en abaissant fortement la langue, on apercevait sur la paroi postétérieure du pharynx, une excroissance granuleuse du volume d'une noisette, bordée d'un liseré muqueux fortement congestionné. Après la destruction de cette tumeur au moyen du galvano-cautère, les douleurs au-dessus des clavicules cessèrent ; la toux et l'expectoration diminuèrent, pour reparaître quelque temps après avec une récidive de la granulation, nécessitant le même traitement.

En 1884, Woakes signalait parmi les causes des douleurs du cou et des céphalées occipitales le catarrhe naso-pharyngé, mais se contentait de noter cet accident.

Un an plus tard, Berveley Robinson faisait la même remarque, mais précisait davantage le siège des douleurs en se basant sur la partie naso-pharyngienne enflammée.

Enfin Lasègue, prétend que dans l'angine herpétique, le malade éprouve une céphalalgie aussi intense que celle de la méningite aiguë, les douleurs sont gravatives; elles occupent de préférence

la région frontale mais s'étendent à tout le crâne. D'autrefois elles sont occipitales et d'une intolérable violence.

Ajoutons pour terminer que Meyer a signalé, comme un symptôme fréquent des végétations adénoïdes du pharynx nasal, la céphalalgie persistante.

Il résulte de ces diverses recherches, que les douleurs consécutives aux affections du pharynx, n'étaient pas complètement passées inaperçues ; mais les auteurs n'avaient guère fait que les signaler sans en préciser le siège d'une façon bien exacte, lorsque parut, en 1887, un Mémoire de M. Vergely, basé sur dix-huit observations, qui établissait nettement un rapport presque constant, entre certaines douleurs occipitales et les pharyngites. Nous nous sommes surtout proposé dans ce travail, de confirmer par de nouvelles observations les recherches faites par M. Vergely. C'est un but que nous espérons avoir atteint.

OBSERVATION I

Pharyngite aiguë. Douleur au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure et à la nuque.

C..., Albert, 18 ans, peintre, entre le 3 février 1888, à l'Hôpital Saint-André, pour un mal de gorge. Père, mère, deux frères et deux sœurs bien portants.

C..., Albert, n'a jamais été malade. Le lendemain de son entrée à l'Hôpital, un écoulement uréthral intense fait son apparition.

Le mal de gorge dont il se plaint existe depuis le 1er février ; le malade avait passé la nuit dans une chambre froide et humide.

Le mal a débuté par de la fièvre, des douleurs de gorge très violentes ; la déglutition enfin était très pénible. Le malade éprouvait en outre des douleurs de tête très violentes et était obligé de garder le lit.

Le mal persévérant, le malade est venu à l'hôpital. Aussitôt arrivé, nous avons examiné sa gorge et avons constaté une rougeur vive de la

luette, des piliers et du pharynx. Les amygdales étaient un peu hypertrophiées.

Interrogé, le malade déclare que les douleurs de tête sont moins intenses que les premiers jours. Elles sont cependant très sensibles à la pression, surtout au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure et à la nuque. L'ouïe est excellente. Il n'existe ni de bourdonnements d'oreilles, ni de douleur par la pression sur les tragus.

Rien à noter du côté des autres organes.

Traitement : Gargarisme avec borate de soude. Les jours suivants, l'état du malade s'est considérablement amélioré et le 5, toutes les douleurs de tête ont complètement disparu.

Le 6 février, le malade est radicalement guéri ; seul son écoulement uréthral s'accentue.

OBSERVATION II

Pharyngite aiguë. Douleurs à la partie postérieure du cou, à la ligne courbe occipitale supérieure, à l'apophyse mastoïde droite et à l'apophyse mastoïde gauche.

P..., Thérèse, tailleuse, âgée de trente-deux ans, d'une belle constitution n'avait jamais eu aucune maladie, lorsqu'elle vint à l'Hôpital Saint-André, salle 5, il y a dix mois, pour se faire soigner une métrite, dont elle souffrait déjà depuis huit mois. Aujourd'hui la malade va beaucoup mieux.

Le 2 février, la malade prend un bain et a froid.

Le 3 au soir, elle a quelques frissons; son appétit a disparu.

Le 4 février, elle se plaint de douleurs à la partie postérieure de la tête. Examinée soigneusement, je constate que ces douleurs siègent principalement à la partie supérieure du cou, à la ligne courbe occipitale supérieure, à l'apophyse mastoïde droite. L'apophyse mastoïde gauche est moins douloureuse.

L'examen de la gorge me permet de constater une congestion assez considérable. Les deux amygdales sont tuméfiées; l'amygdale droite est

énorme et présente sur sa face interne quelques points blanchâtres. Le pilier antérieur et le pilier postérieur du côté droit, sont plus rouges et plus tuméfiés que ceux du côté gauche.

L'ouïe est excellente à gauche; à droite elle est un peu altérée.

La malade se plaint aussi d'une sensation de brûlure au fond de la gorge; la déglutition est pénible.

Pas de douleur aux tragus.

Fièvre légère; pouls à 88.

M. Vergely lui ordonne un gargarisme émollient et des badigeonnages avec glycérine 15 gr., cocaïne 10 centigrammes.

Le 5, la malade semble moins souffrir, l'inflammation paraît moins considérable.

Le 6, amélioration très sensible, l'appétit revient, les douleurs occipitales sont moins intenses. A l'apophyse mastoïde droite et à la ligne courbe occipale supérieure du même côté, la douleur ne se manifeste plus qu'à la pression.

On continue le traitement.

Le 7, toutes les douleurs ont complètement disparu, la gorge seule est un peu rouge.

Le 10 février, la malade ne souffre plus que de sa métrite.

OBSERVATION III

Pharyngite chronique. Douleur au niveau du tragus gauche et à l'émergence du nerf occipital du même côté.

M^lle^ F..., Amélie, tailleuse, âgée de 32 ans, d'une constitution assez vigoureuse, vient pour la troisième fois à la clinique de M. Moure, le 15 février 1888.

La malade a toujours joui d'une bonne santé, excepté depuis quelque temps. En outre elle a parfois des attaques de nerfs.

Son père est mort d'une maladie de foie, il y a 10 ans. Sa mère est bien portante, mais aussi d'un tempérament nerveux.

Un frère et une sœur bien portants.

Il y a un an, elle a eu une congestion pulmonaire; peu de temps après survint une angine qui persiste encore.

M. Moure, qui l'avait déjà observée, l'examine de nouveau et constate que l'amygdale gauche est encore rouge et tuméfiée, ainsi que le pilier antérieur du même côté, mais que cette tuméfaction et cette rougeur sont moins intenses qu'au début. On aperçoit enfin sur la muqueuse pharyngienne quelques granulations.

Badigeonnage du pharynx avec : iode métallique, 5 centigrammes; iodure de potassium, 10 centigrammes; laudanum de Sydenham, 1 gramme; glycérine, 45 grammes.

La malade se plaint aussi d'éprouver depuis longtemps des douleurs à la partie postérieure de la tête. Ces douleurs siègent à gauche; l'une à l'émergence du nerf occipital et l'autre au niveau du tragus. Elles augmentent à la pression.

La malade a remarqué en outre que ces douleurs sont variables, mais d'autant plus intenses que la gorge est plus enflammée. Elle souffre beaucoup moins que lorsqu'elle vint à la clinique pour la première fois.

OBSERVATION IV

Catarrhe naso-pharyngé aigu. Surdité légère. Douleur au niveau des tragus et des nerfs occipitaux. Douleurs à la nuque, dans la région temporale et à la racine du nez.

Paul G..., âgé de 21 ans, boulanger, entre le 12 janvier 1888 à l'hôpital Saint-André, salle 14, lit 5, dans le service de M. le Dr Vergely.

Ce malade est venu à l'hôpital pour une pleurésie droite, dont il est à peu près guéri depuis quelques jours. Il n'éprouve plus qu'une légère douleur à droite, en dehors du mamelon, perceptible surtout quand il fait des efforts.

Le 15 février, il s'est levé et est sorti, mais il a dû bientôt rentrer parce qu'il avait froid.

Le 16 février, au matin, il commença à éprouver une douleur légère, dans la région amygdalienne droite, mais si peu intense qu'il ne s'en plai-

gnit pas. Dans l'après-midi, le malade commença à éprouver de la douleur dans la région temporale et à la racine du nez. Le soir, la nuque était douloureuse et les douleurs devinrent si vives que le malade fut obligé de se coucher. Il eut des frissons et ne dormit pas de toute la nuit.

Le 17 février, toutes ces douleurs s'étaient un peu amendées, mais par la pression on constatait l'existence de nouvelles douleurs, à l'émergence des nerfs occipitaux et au niveau des tragus.

L'examen du pharynx permit de constater une rougeur légère disséminée un peu partout; seule la luette était vivement congestionnée.

Il existait aussi du catarrhe des fosses nasales, avec hypersécrétion abondante. La voix était nasonnée. Le malade avait de légers bourdonnements d'oreille. A droite, il entendait le tic-tac d'une montre placée à 25 centimètres de son oreille; à gauche, il ne l'entendait pas à plus de 15 centimètres.

Le 17 février, l'aspect de la gorge était le même que la veille; seule la luette était moins rouge.

Les douleurs occipitales étaient moins vives.

Le 18, toutes ces douleurs avaient disparu; on ne retrouvait un point sensible qu'à la racine du nez, et encore fallait-il exercer une pression assez considérable.

La déglutition se faisait sans aucune difficulté ; le malade avait de l'appétit.

Le 20 février, le malade était radicalement guéri; plus de douleurs et un pharynx normal.

OBSERVATION V

Scarlatine. Angine. Douleurs au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure et inférieure. Douleurs aux apophyses mastoïdes et à la nuque.

N..., Marie-Louise, âgée de 21 ans, couturière, entre le 10 février, à l'hôpital Saint-André, salle 5, lit 26.

Elle se plaint de douleurs localisées dans le bas-ventre et dans les régions rénales, principalement dans la gauche. Ces douleurs existent depuis déjà un certain temps.

La malade a eu la rougeole à l'âge de six ans. Elle n'a pas connu son père, sa mère se porte bien.

Il y a trois semaines, étant réglée, elle fit une longue marche qui la fatigua beaucoup.

Les douleurs dont elle se plaint aujourd'hui ont fait leur apparition à cette époque ; toutefois, elles n'ont pas augmenté.

Elle a eu un enfant, il y a quatre ans. Cet enfant se porte bien et l'accouchement a été facile.

Depuis l'apparition de son mal, elle est constipée ; le ventre est ballonné. Toute la région hypogastrique est douloureuse.

Toucher vaginal : Rien dans les culs-de-sac.

Le toucher provoque une douleur assez vive.

La malade a des envies fréquentes d'uriner, mais urine sans aucune difficulté.

L'appétit a disparu.

On lui donne un lavement au miel mercurial, et on lui met un vésicatoire sur le bas-ventre.

Régime : Lait.

Le 14 février, la malade se plaint d'une douleur à la gorge. La luette est très rouge. La partie postérieure de la tête est un peu douloureuse.

Le 15 février, il n'y a aucun changement.

Le 16, les douleurs de la tête ont considérablement augmenté. La malade raconte que quand elle tousse, il lui semble que sa tête se fend. Cependant, ces douleurs sont à peine perceptibles pendant le repos, mais au moindre mouvement et à la pression elles deviennent très intenses, surtout à la nuque, à la ligne courbe occipitale supérieure et inférieure, et aux apophyses mastoïdes.

Ce même jour, les amygdales et le pharynx présentent une rougeur très vive ; il en est de même du voile du palais. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Le corps présente une rougeur diffuse et si l'on comprime avec les doigts les parties rouges, la rougeur fait place momentanément à une coloration blanche.

La malade tousse et l'auscultation indique la présence de râles sibilants.

Température : matin, 39°8 ; soir, 40°2.

Pouls : matin, 106; soir, 112.

18 février : La langue, dépouillée de son épithélium, présente un aspect rouge vif et vernissé. Il existe du larmoiement. La température est normale. Les douleurs de la tête diminuent.

20 février : Le larmoiement a disparu. Aux membres et au menton, on constate une desquamation notable.

La luette et les piliers sont encore rouges, mais beaucoup moins que précédemment.

Le 22 février, la malade se sent très faible, mais ne souffre plus. L'appétit revient. Les douleurs de la tête et de la gorge ont complètement disparu.

OBSERVATION VI

Pharyngite aiguë. Douleur à la nuque. Douleurs aux apophyses mastoïdes et à la ligne courbe occipitale supérieure, à droite.

L..., Pierre, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 21 février 1888, salle 14, lit 29. Il est terrassier. Son père est mort à 45 ans à la suite d'une paralysie, sa mère est morte poitrinaire à 32 ans.

L... est déjà venu à l'hôpital, du 10 octobre 1885 au 2 novembre de la même année, pour une bronchite. Il était salle 19. Auparavant, il n'avait jamais été malade. Il sortit bien portant. Au mois d'octobre 1886, il recommença à tousser énormément, et, durant le mois de mars 1887, il cracha un peu de sang.

Cette toux disparut à l'arrivée des grandes chaleurs. Il a encore toussé un peu, pendant les mois de novembre et décembre 1887. Sa santé était assez bonne, lorsque dans la nuit du 18 au 19 février 1888, il fut pris de diarrhée et de douleurs de tête qui l'empêchèrent de dormir toute la nuit. La diarrhée persista deux ou trois jours et disparut. Il n'en fut pas de même des douleurs de tête qui augmentèrent. En outre le malade dont l'appétit avait disparu, éprouvait une grande gêne dans la déglutition. Le 21, il se décide à venir à l'hôpital.

J'examine sa gorge et je constate que son pharynx est rouge, ainsi que ses piliers, surtout à droite.

Le malade entend bien; il n'a pas de bourdonnements d'oreilles.

Il se plaint moins de sa gorge que de ses douleurs de tête. Ces douleurs sont surtout violentes à la partie postérieure du cou, à la nuque, aux apophyses mastoïdes. Je constate que l'apophyse mastoïde droite est plus douloureuse que la gauche. Enfin la ligne courbe occipitale supérieure est sensible à droite.

Gargarisme avec : eau d'orge miellée 500 gr. ; Borax, 6 gr.

Badigeonnage avec : Glycérine 15 gr. ; Iode métallique 0,01 centig. ; Iodure de potassium 0, 50 centigr. ; Laudanum de Sydenham 1 gr.

Le 22, légère amélioration dans la douleur.

Le 23 et le 24, l'amélioration continue.

Le 25, le malade va bien mieux, l'appétit revient, la déglutition est plus facile, les piliers ne sont plus rouges, que sur les parties latérales. Il n'existe plus que quelques douleurs à la nuque, sensibles sous l'influence d'une forte pression.

Le 27, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION VII

Pharyngite aiguë. Douleur à la nuque et occipitale.

B..., Eulalie, lingère, âgée de 21 ans, entre le 25 janvier 1888 à l'hôpital Saint-André, où elle accouche le même jour sans aucune difficulté. Une hémorragie abondante se produit, mais elle est bientôt arrêtée par des injections d'eau chaude.

Le 27, elle a de violentes coliques et une nouvelle hémorragie dont on se rend encore maître par les injections.

Le 28, elle a de nouvelles coliques qui ne persistent pas.

Dans la suite, le retour à la santé se fait sans accidents, bien que la malade soit très affaiblie soit par son accouchement, soit par les pertes de sang consécutives.

Le 6 février, la Maternité est évacuée et la malade est envoyé salle 5, en convalescence.

Le 18 février, la malade se plaint de ressentir de vives douleurs à la

partie postérieure de la tête et à la nuque. La malade n'ose pas remuer la tête, tellement sont pénibles les douleurs que provoque ce mouvement.

J'interroge la malade et j'apprends qu'elle ne peut avaler ni soupe, ni bouillon, sans de grandes difficultés; cependant elle ne se préoccupe que de sa douleur de tête.

J'examine sa gorge et je constate que le pharynx, les piliers et la luette, présentent une rougeur vive. En outre, les amygdales sont légèrement tuméfiées.

On donne à la malade un gargarisme émollient et on lui badigeonne la gorge avec de la glycérine iodée.

Sous l'influence de cette médication, la malade éprouve un grand soulagement.

Dans la nuit du 21 au 22 février, toutes les douleurs de tête disparaissent.

Le 23, la malade est encore gênée pour manger, mais cette gêne est bien supportable.

La rougeur de la gorge est peu vive et diffuse.

Le 24, la malade n'a plus rien au pharynx.

OBSERVATION VIII

Pharyngite chronique compliquée d'une pharyngite aiguë. Douleur occipitale. Douleurs dans le trajet des nerfs occipitaux.

B..., Léon, Jean-Baptiste, âgé de 25 ans, ferblantier, entre à l'hôpital Saint-André le 18 février 1888. Il est d'une robuste constitution et n'a jamais été sérieusement malade.

Son père et sa mère sont bien portants; il a un frère qui se porte très bien et un autre qui est mort de la poitrine.

Depuis un certain temps, B... est sujet aux maux de gorge et à des douleurs de tête erratiques. Il y a trois semaines, il descendit dans un puits et eut froid. Dans la soirée, il éprouva des frissons violents et fut obligé de se coucher. Il a passé 15 jours au lit, chez lui, se soignant lui-même, mais il est incapable de nous dire ce qu'il avait d'une façon bien précise. Il

éprouvait surtout des douleurs dans la tête plus violentes que par le passé, une lassitude générale, enfin il toussait beaucoup et tous les soirs avait de la fièvre. La gorge était aussi un peu douloureuse. Cet état a persisté plusieurs jours et, le 10, le malade se sentant beaucoup mieux s'est levé et remis au travail. Deux jours après, nouveaux frissons et le malade est obligé de se remettre au lit.

Le 18, il se décide à venir à l'hôpital. Il nous dit être à peu près dans le même état que par le passé ; il souffre peut-être davantage de la gorge.

Il éprouve des élancements dans la tête, il tousse toujours et à chaque saccade de toux les douleurs augmentent surtout à la partie postérieure du cou. Il souffre aussi dans toute la région occipitale, mais il ne sait pas nous dire si les douleurs dont il se plaint existent depuis l'apparition de son mal de gorge.

Enfin, le malade sue toutes les nuits et le 12 il a eu un saignement de nez assez considérable. Ajoutons que l'appétit ayant disparu et que la déglutition étant très pénible, le malade mange fort peu et rend souvent ce qu'il a mangé pendant les saccades de toux.

A l'auscultation, on ne trouve rien d'anormal. Le pharynx est rouge, luisant et présente quelques petites granulations. Les amygdales sont légèrement hypertrophiées.

On lui donne un gargarisme émollient.

Les jours suivants, le malade ne se trouvant pas mieux, on prescrit avec les gargarismes, un badigeonnage iodé. Cette médication produit bientôt un changement très sensible, et le malade que nous avions laissé triste et abattu, se présente à nous le 25 février avec une figure réjouie.

Son appétit est revenu ; il parle déjà de quitter l'hôpital, n'ayant plus, dit-il que les douleurs anciennes auxquelles il est habitué.

Il sort le 27.

OBSERVATION IX

Catarrhe naso-pharyngé aigu. Douleur de la nuque et occipitale. Douleur frontale et à la racine du nez.

T..., Henri, âgé de 29 ans, mineur, entre le 8 février à l'hôpital Saint-André, salle 14, lit 29.

Sa mère se porte bien, son père qui était mineur comme lui, a des rhumatismes depuis sept ans. T..., étant dans la province d'Oran fut atteint de fièvres intermittentes et se vit obligé de rentrer en France, en juin 1887. Peu de temps après, les fièvres disparurent, pour le reprendre quelques temps après. C'est ce qui l'a obligé à venir à l'hôpital.

Le 25 février, le malade ne souffrait plus, lorsqu'il commença à éprouver des douleurs dans la gorge et dans le cou, mais c'étaient surtout ces dernières qui étaient vives. Le lendemain, le mal avait considérablement augmenté. La région occipitale était prise, ainsi que toute la région frontale; de plus, il existait une douleur intense à la racine du nez.

Le malade n'a cependant pas de fièvre, la voix est légèrement nasonnée. Les amygdales sont rouges, ainsi que les piliers et la luette. Le pharynx présente quelques saillies rouges, mais moins cependant que les autres parties.

L'ouïe est excellente, il existe seulement quelques bourdonnements d'oreilles.

La sécrétion nasale est considérablement augmentée et le malade est obligé de respirer la bouche ouverte.

On lui donne un traitement approprié.

Le 28, le malade souffre moins de la tête et de la gorge. La déglutition se fait plus facilement, mais il a toujours de l'hypersécrétion nasale et les douleurs frontale et de la racine du nez sont peu modifiées.

Le 29, le malade présente une gorge presque normale; seule la luette est encore un peu rouge. Il n'existe plus de douleurs qu'à la nuque et à la racine du nez; la pression est nécessaire pour les réveiller.

Le malade sort guéri de sa fièvre intermittente et de son catarrhe, le 1er mars.

OBSERVATION X

Pharyngite aiguë. Rhinite aiguë. Douleur à la nuque. Douleur occipitale. Douleurs frontale et sus-orbitaire.

M... Irma, âgée de 40 ans, marchande, entre à l'hôpital Saint-André le 1er mars 1888, salle 5, lit 13.

Réglée à 15 ans, elle a eu sept enfants, tous bien portants, moins une fille qui est morte anémique à 15 ans.

La malade a eu une pleurésie à 33 ans et une bronchite il y a un an. Elle vient pour une nouvelle bronchite. Elle tousse énormément. Elle prétend avoir pris un coup d'air en traînant sa charrette.

Le 8 mars, la malade se lève pour la première fois, mais ayant froid ne tarde pas à se recoucher. Le lendemain, elle éprouve de la douleur à la gorge et une grande gêne en mangeant. Elle souffre aussi de la tête.

Le mal persévérant et ayant même augmenté considérablement, la malade se décide à se plaindre le 10. Elle a, dit-elle, un peu de fièvre tous les soirs. Mais elle est surtout tourmentée par des douleurs de tête. Ces douleurs sont continuelles et il existe des élancements. La tête est surtout sensible à la nuque. De là, la douleur s'étend dans toute la région occipitale. De plus, à l'angle supérieur de l'occipital et à gauche au niveau de la ligne courbe occipitale, la douleur est tellement intense que la malade ne peut pas supporter le moindre attouchement. Il en est de même dans toute la région frontale et principalement à la région sus-orbitaire gauche. Peu de douleur à la racine du nez. La luette, les piliers antérieurs sont pâles; le reste du pharynx est rouge, surtout dans la moitié latérale gauche.

Enfin la malade a du coryza, mais entend très bien.

On badigeonne la gorge de la malade avec : Glycérine 20 gr., Iode métallique 0,01 centigr., Iodure de potassium 0,10 centigr., Laudanum 1 gramme.

Le 14 mars, la malade va mieux; la gorge est moins rouge, les douleurs moins vives. La malade dit que ses douleurs de tête disparaissent avec son mal de gorge, mais que si cela avait continué elle serait devenue folle. On ne trouve plus de douleurs qu'à gauche à l'émergence du nerf occipital

et encore faut-il employer la pression pour s'assurer de leur existence. Seule la région frontale est encore bien sensible. On continue le traitement. Le lendemain, la malade souffre plus que la veille, surtout quand elle est étendue et quand elle se lève la tête lui tourne.

16 mars : La malade va mieux, mais souffre toujours. La gorge est encore rouge.

18 mars : Elle sort considérablement améliorée.

Il existe donc, un certain nombre de points douloureux, bien localisés, liés aux inflammations du pharynx ; c'est pour nous, un fait incontestable, en présence des faits que nous avons pu observer.

Nous avons eu le grand tort de n'observer que les cas nous permettant de conclure affirmativement, mais nous devons ajouter que les cas négatifs étaient fort peu nombreux ; nous n'avons vu, en effet, pendant que nous nous occupions spécialement des maladies de la gorge, que trois malades dont le mal était uniquement localisé dans les diverses parties du pharynx. D'autre part, M. Vergely, se basant sur un certain nombre d'observations, a constaté qu'il existait toujours des points douloureux quand le pharynx était pris, excepté quand l'inflammation était circonscrite aux piliers antérieurs, aux piliers postérieurs et aux amygdales. Nous ne rechercherons pas si cette absence de douleurs, dans une inflammation circonscrite à certaines régions, est le résultat d'une simple coïncidence, ni si elle est la conséquence de la localisation du mal, mais nous constaterons cependant, que chez tous nos malades, ces parties étaient ou n'étaient pas atteintes, mais ne l'étaient jamais seules. Toutefois soit que l'existence des douleurs ou leur absence se trouve sous la dépendance des parties enflammées, soit, ce qui nous semble aussi admissible, que ces douleurs se produisent selon la prédisposition du sujet, prédisposition dont les causes nous sont inconnues, nous croyons

pouvoir conclure que généralement, nous dirons même presque toujours, les pharyngites et les douleurs occipitales sont associées.

Le fait constaté par M. Vergely nous le prouve, car les inflammations limitées aux piliers et aux amygdales sont rares ; n'aurions-nous pas ce fait pour nous convaincre, le résultat de nos recherches suffirait.

Mais, nous dira-t-on, puisque ces douleurs sont si fréquentes, que signifie le mutisme des auteurs sur cette question, principalement des spécialistes en pharyngologie? Il est, ce nous semble, facile à expliquer. Beaucoup de ces malades, en effet, se plaignent, ou du pharynx, ou de la tête, selon que le mal est plus intense dans l'une ou l'autre de ces parties ; aussi l'attention des médecins restait fixée sur l'une ou l'autre de ces affections, ce qui nous explique peut-être la cause de ces névralgies occipitales rebelles à tous les traitements. D'autres fois, on combattait par les moyens appropriés les douleurs pharyngiennes d'une part, les douleurs occipitales, d'autre part, et la guérison qui était généralement la conséquence d'un seul traitement était mise sur le compte des deux. Nos observations prouvent assez clairement la disparition des douleurs occipitales avec l'inflammation pharyngienne. Nous devons ajouter enfin que généralement le mal est localisé surtout dans la gorge, que c'est par un examen attentif du malade, par la pression sur les diverses parties de la tête, que l'on parvient soit à déterminer les points douloureux, soit à donner l'éveil au malade; aussi ne sommes-nous pas surpris qu'un fait, qui nous semble si fréquent aujourd'hui, soit passé longtemps inaperçu. Nous pourrions invoquer encore la difficulté que l'on éprouve, pour expliquer ces phénomènes, mais tous les troubles pathologiques ne sont pas explicables, même quand ils sont incontestables.

Maintenant nous devons nous demander quel est le siège de ces douleurs et sous quelle forme elles se manifestent.

Quand l'inflammation était limitée au pharynx, nous avons toujours rencontré des douleurs à la nuque et au point d'émergence des nerfs occipitaux, douleurs plus ou moins intenses, tantôt perceptibles seulement à la pression, et dans ce cas on trouvait fort peu d'autres points douloureux, tantôt au contraire c'étaient des douleurs accablantes et associées à d'autres douleurs siégeant dans la région occipitale.

Quand la région occipitale était prise, la douleur était généralement diffuse, mais toujours beaucoup plus accentuée au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure. Enfin, la douleur était souvent plus intense d'un côté que de l'autre, quelquefois même limitée à un seul côté de la tête et nous avons remarqué que dans ces cas les parties les plus douloureuses correspondaient généralement à la partie du pharynx qui était la plus enflammée.

De plus, les apophyses mastoïdes étaient aussi fort souvent douloureuses, et les douleurs présentaient absolument les mêmes caractères que celles des autres régions; elles étaient peut-être plus rares, mais c'était surtout dans ces régions que l'on pouvait constater une différence considérable, entre la douleur droite et la douleur gauche; souvent même, l'une des apophyses mastoïdes était très douloureuse, tandis que l'autre ne présentait rien d'anormal, même à la pression.

Quoi qu'il en soit, l'existence de ces points douloureux, ne saurait être niée. Il nous importe fort peu, que ce soit une inflammation légère, une pharyngite aiguë ou une pharyngite chronique, qui les détermine; il nous suffit de savoir qu'ils peuvent exister dans ces divers états et qu'ils n'ont souvent aucun rapport avec le degré de l'inflammation.

On a bien signalé encore d'autres points douloureux, et Mandl, comme nous l'avons déjà dit, en a trouvé un à la partie supérieure du sternum. M. Vergely, d'autre part, a vu des malades chez lesquels la douleur se propageait à la base du cou vers l'épaule,

mais ces douleurs sont sans doute très rares ; quant à nous, jamais nous ne les avons observées.

Dans quelques-unes de nos observations, il est aussi question de divers points douloureux ayant pour siège des points dont nous avons omis de parler. Cette omission était volontaire, car nous ne mettons pas ces douleurs sur le compte de la pharyngite, mais sur celui de la rhinite qui vient la compliquer si souvent. Ces douleurs, particulièrement bien étudiées par Harrison Allen, Hack de Fribourg, et plus récemment par Ruault, siègent généralement dans les régions frontale, sourcilière, sous-orbitaire et de la racine du nez, Hack a observé en outre, consécutivement à des polypes ou à d'autres lésions du nez, des névralgies ciliaires, de la blépharalgie, etc., douleurs qui ont toujours disparu avec la cause productrice. Nous n'insisterons pas davantage, car ce serait sortir du plan que nous nous sommes tracé.

Il résulte de ces diverses considérations, de l'étude que nous avons faite sur le siège des points douloureux, du caractère de la douleur, qui tantôt est sourde, obtuse, qui, dans d'autres circonstances, se manifeste par des élancements, que nous avons à faire à une névralgie du nerf occipital.

Aussi sera-t-il utile dans les névralgies de la région occipitale, bien qu'elles soient presque toujours unilatérales, de rechercher si le pharynx ne présente rien d'anormal afin de ne pas employer un traitement inefficace, alors que généralement il est des plus simples.

Il existe encore un certain nombre d'affections qui se traduisent par des douleurs dont les caractères présentent une analogie plus ou moins grande avec celles que nous venons d'étudier. Telles sont celles que l'on observe dans le rhumatisme occipito-frontal, dans les tumeurs cérébrales, dans les tumeurs cérébelleuses, dans les méningites, dans les pachyméningites cervicales, etc.

Dans le rhumatisme, la douleur au lieu d'être disséminée par

points est au contraire diffuse et ne suit la direction d'aucun filet nerveux, de plus les mouvements sont douloureux. Enfin, ce rhumatisme est assez rare.

Dans les tumeurs cérébrales, la céphalalgie limitée à la région occipitale est rare, elle présente en outre des caractères particuliers et certains symptômes mettant bientôt sur la voie du diagnostic.

Dans les tumeurs cérébelleuses, la céphalalgie occipitale est très fréquente, mais il n'existe pas de points douloureux et la coïncidence fréquente des vertiges, des vomissements, des troubles de la vue, etc., ne permettent pas de faire fausse route.

Dans les méningites, la céphalalgie occupe quelquefois le sinciput et l'occiput, mais les caractères de cette céphalalgie et les symptômes qui l'accompagnent, nous permettent de ne pas insister. Nous en dirons autant des douleurs de la partie postérieure du cou qui caractérisent le début de la pachyméningite cervicale.

Enfin on ne confondra pas ces douleurs avec celle du torticolis qui siègent uniquement dans les muscles.

Et maintenant nous devons nous demander, avant d'en finir avec cette question, par quel mécanisme se produisent ces névralgies occipitales dans les pharyngites. La question est plus facile à poser qu'à résoudre et jusqu'à présent aucune explication bien certaine n'a été donnée. Nous avons consulté les auteurs français et étrangers, mais inutilement. Nous n'avons constaté qu'une chose, c'est que le pharynx est un organe bien négligé. Aussi serions-nous obligé, pour fournir une explication quelconque, de raisonner sur des hypothèses plus ou moins bien fondées ; c'est pourquoi nous préférons laisser à d'autres le soin d'expliquer ce phénomène et nous borner à indiquer les opinions émises par Troelsch et Woakes, qui nous semblent le plus se rapprocher de la vérité.

D'après Troelsch, il existerait des anastomoses entre les nerfs qui innervent le pharynx, c'est-à-dire entre les branches du pneumo-gastrique, du glosso-pharyngien et du trijumeau, et entre les premières paires cervicales, ce qui permettrait d'expliquer comment les maladies du pharynx produiraient des troubles dans la région occipitale. Malheureusement, ces anastomoses, dont l'existence nous semble très probable, sont encore à démontrer.

Pour Woakes, les douleurs occipitales seraient le résultat d'une action réflexe. Nous n'insisterons pas, car il nous semble plus sage d'avouer notre complète ignorance sur ce point que de chercher d'autres conclusions hypothétiques.

CHAPITRE IV

DES DOULEURS CONSÉCUTIVES AUX INFLAMMATIONS DES TROMPES, DE L'OREILLE MOYENNE, DU TYMPAN.

Les ulcérations et les inflammations de la muqueuse pharyngienne sont fréquentes et il n'est rien de plus commun que le catarrhe naso-pharyngien. Il est la cause ordinaire des obstructions de la trompe d'Eustache, et bon nombre d'otites moyennes ne reconnaissent d'autres causes que la propagation du catarrhe naso-pharyngien à la muqueuse de la caisse. Ce fait ne doit pas nous surprendre, la muqueuse de la caisse du tympan se continuant sans ligne de démarcation appréciable avec la muqueuse de la trompe d'Eustache et par suite avec celle du pharynx. D'autre part à l'otite succède le plus souvent l'inflammation de la membrane du tympan. Cette dernière peut bien exister à l'état isolé, être primitive, mais c'est assez rare; quant à nous, nous ne possédons aucune observation où il en soit ainsi, aussi nous serait-il difficile de dire si c'est l'inflammation du tympan, celle de l'oreille moyenne, ou l'une et l'autre qui provoquent les douleurs que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre. Cependant, nous pensons que l'on doit incriminer chacune de ces parties, bien que nous sachions que Legal, qui s'est particulièrement occupé de la question, incrimine surtout le tympan. Tous les auteurs du reste, ne semblent pas partager absolument son opinion.

Ainsi Tröltsch a constaté plusieurs fois que les catarrhes de l'oreille moyenne s'accompagnaient d'une céphalée unilatérale.

Eichhorst a mentionné que la névralgie cervico-occipitale

pouvait être en rapport avec les affections de l'oreille moyenne.

Seiligmüller a avancé que les névralgies provoquées par les affections de l'oreille moyenne cessaient après que ces dernières avaient été éloignées.

D'autres auteurs ont démontré que les affections de l'oreille provoquaient des douleurs dans les branches du trijumeau. On peut citer Eichhorst, Tröltsch et Moos. Strümpell conseille de toujours s'assurer de l'état de l'oreille moyenne, quand on a à traiter une névralgie de trijumeau. Moos a rapporté des cas de guérison des névralgies du trijumeau en écartant une affection auriculaire. Willie, dans deux névralgies rebelles du trijumeau, a obtenu la guérison après avoir traité une inflammation pharygo-tympanique. Heberle et Shawl ont rapporté des faits identiques.

D'autre part, Urbantschitsch s'exprime ainsi : Quelquefois la douleur n'apparaît pas dans l'oreille, mais dans un autre point de la tête, par exemple dans la région occipitale ou dans la région temporale. Dans quelques cas, la partie de la tête correspondant au côté malade est sensible outre mesure, dans tous les points, au moindre contact.

L'influence de l'affection auriculaire sur certaines céphalalgies, se montre d'une manière très évidente quand elle est soumise à un traitement. J'ai souvent observé qu'une céphalalgie, au moment où l'air est insufflé dans l'oreille moyenne, pouvait être éloignée d'une manière durable. Comme on le voit, aucun de ces auteurs n'a parlé de la céphalalgie temporo-occipitale d'origine pharyngo-tympanique. C'est Legal qui, a comme nous l'avons dit, appelé l'attention de ses collègues sur ces cas. D'après lui, les lésions les plus légères du tympan peuvent donner lieu aux douleurs du tragus, des tempes, etc. Nous ne contestons pas ce fait, mais Legal nous semble être un peu trop exclusif. Nous avons pu recueillir quatre observations, dont trois sont dues à Masucci, professeur à l'Université de Naples, qui viennent confirmer cette opinion.

Nous voyons, en effet, que si dans les observations XIII et XIV, le tympan est en cause, il n'en est pas de même dans les observations XI et XII, ce qui n'empêche pas les malades dont le tympan est préservé d'éprouver des douleurs très violentes dans l'oreille ou à son pourtour.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que si les douleurs occipitales sont souvent sous la dépendance des affections du pharynx, les douleurs auriculaires ou celles qui siègent dans le voisinage de l'oreille sont aussi souvent la conséqueuce des lésions de l'oreille. La disparition de ces douleurs avec l'inflammation, ainsi que le prouvent nos observations XI, XII, XIII, XIV, nous permet de ne pas insister.

Ces douleurs, comme les douleurs occipitales, sont plus ou moins diffuses, plus ou moins intenses et vives surtout dans certains points déterminés. La région temporale, la conque, les tragus, sont particulièrement douloureux, ainsi que cela résulte de nos observations. Enfin, si dans la région occipitale nous avons affaire à des douleurs siégeant dans le nerf occipital, ici c'est le nerf auriculo-temporal que nous devons incriminer.

Legal et Masucci, pour expliquer ces phénomènes font les hypothèses suivantes :

1° On peut admettre que probablement ces douleurs sont dues à un processus d'irradiation centrale, qui a ordinairement comme point de départ une excitation des nerfs de la muqueuse de l'oreille moyenne. Cette excitation peut être due à une pression sur la muqueuse tuméfiée et le plus souvent à une altération morbide qui se fait sur la terminaison des nerfs de cette région.

2° On peut en outre supposer que la tension de la membrane du tympan produit un tiraillement sur les petits rameaux nerveux qui arrivent sur cette membrane et que cette excitation s'irradie sur tout le tronc nerveux.

3° Enfin on peut supposer que par le manque d'air la pression

négative sur la cavité tympanique constitue l'excitation première. A ce sujet, Legal a fait des expériences qui ne permettent guère d'admettre cette hypothèse. Il a pratiqué une espèce d'aspiration sur la membrane du tympan et déterminé ainsi la raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne. La céphalalgie n'a pas augmenté.

Nous terminerons par ces paroles de Legal : toutes les fois que des douleurs résident dans le territoire de distribution des nerfs temporaux-occipitaux, que ces nerfs présentent de la sensibilité à la pression ou des points douloureux, il faut examiner avec le plus grand soin le pharynx et l'oreille et pratiquer toujours une insufflation d'air comprimé. Si après cette insufflation, la douleur spontanée diminue, ainsi que celle que provoque la pression, on pourra dans beaucoup de cas obtenir une guérison complète de la céphalalgie, en soumettant à un traitement soigné le pharynx et l'oreille.

OBSERVATION XI

Inflammation du pharynx, de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne. Douleur dans la région temporale gauche. — Par Masucci, professeur à l'Université de Naples.

Le 7 avril 1883, M. T. B..., âgé de 27 ans, se présenta chez moi; c'est un négociant dont le frère est mort il y a 2 ans de tuberculose laryngo-pulmonaire, pour laquelle je lui avais donné mes soins pendant quelque temps. M. B..., d'une constitution assez forte, accusait une céphalalgie temporale gauche, intense, assez persistante, et qui présentait certains jours des exacerbations si cruelles qu'il était tenu de suspendre absolument toutes ses occupations. Il avait consulté de nombreux médecins et subi divers traitements (quinine, éther, etc.) sans en retirer aucun avantage. Il était venu chez moi, pour me demander un conseil sur une sensation désagréable de la gorge, associée à des troubles auriculaires et de l'audition. Je fis l'examen laryngo-pharyngien, de la trompe d'Eustache et de la

membrane du tympan. Je constatai une rhino-pharyngite, avec diffusion du catarrhe à la trompe d'Eustache et à l'oreille moyenne du côté gauche. En outre, la pression de la région temporale correspondante provoquait une sensation douloureuse. Aussitôt je prescrivis la douche nasale contre la rhino-pharyngite chronique et le badigeonnage du pharynx avec la glycérine iodée ; enfin, pour combattre les troubles nasaux et auriculaires, je pratiquai l'insufflation d'air comprimé dans les fosses nasales et dans la cavité de la trompe d'Eustache. Contre la céphalalgie, je prescrivis quelques remèdes palliatifs, pour amener quelque repos, sans toutefois y ajouter beaucoup de confiance. Avec un grand émerveillement, je notai que par l'insufflation d'air j'avais obtenu un résultat notable. Je continuai le traitement avec grand soin et au bout de deux semaines, avec une vingtaine d'insufflations auriculaires et de badigeonnages du pharynx, la céphalalgie disparaissait pour ne plus reparaître.

OBSERVATION XII

Pharyngite chronique. Catarrhe de la trompe d'Eustache. Douleur occipitale. Douleur temporale gauche. — Par Masucci, profeseur à l'Université de Naples.

A. T..., jeune fille, âgée de 17 ans, d'une constitution grêle et de plus chlorotique, se présenta chez moi le 11 mars 1884, me racontant avec une voix assez enfantine et dans un langage interminable, une série de souffrances dont voici le récit : Il y a six mois, elle fut prise d'une céphalalgie occipitale si intense qu'elle ne pouvait, au moment de ses exacerbations, faire aucun travail de ménage, et qui plus est, « ne pouvait lire aucun roman pour se distraire ». Depuis deux mois, la scène avait augmenté de mal en pis, en ce sens que la céphalalgie occipitale s'était compliquée d'une céphalalgie temporale. Cette céphalalgie, siégeait à gauche où la malade ressentait des douleurs déchirantes et en aiguilles. Entre temps, elle avait une sensation de pesanteur dans la partie douloureuse de la tête. Incidemment, elle se plaignait d'une sécheresse de la gorge. J'examinai la gorge de cette malade et je constatai l'existence d'une pharyngite sèche chronique. L'examen de l'oreille me révèle un catarrhe de la trompe

qui était certainement secondaire (par propagation de la pharyngite). En présence de ce cas, je prescrivis les remèdes ordinaires contre la céphalée, et je fis la médication locale de la région pharyngo-auriculaire malade avec des astringents et l'air comprimé.

Le succès ne pouvait être plus brillant, puisque deux semaines après, la malade était complètement guérie et la céphalalgie avait disparu. Je rencontrai un an après cette jeune fille; elle m'assura qu'elle avait une santé très florissante et que la céphalée n'avait plus reparu.

OBSERVATION XIII

Pharyngite granuleuse. Inflammation de l'oreille moyenne gauche. Douleur occipitale. Douleur temporale gauche. — Par Masucci, professeur à l'Université de Naples.

M. A..., âgé de 19 ans, névropate, vint chez moi le 3 juin 1884; il prétendait être obligé de toujours marcher, à cause de diverses maladies dont il était affecté. Il se plaignait de ressentir des douleurs dans la région occipitale, avec paroxysmes; il accusait aussi une forte hypéresthésie de toute la région temporale gauche, où la plus petite pression digitale, provoquait une douleur intense. De plus, il se plaignait d'une sécheresse et d'autres sensations désagréables dans la gorge, de troubles auditifs et il disait que l'oreille gauche n'était plus normale.

Procédant à un examen sérieux, je notai ce qui suit : Pharyngite chronique granuleuse, catarrhe secondaire de la trompe (propagation de celui du pharynx). Un grand nombre de granulations rouges sur la paroi pharyngienne postérieure, une rhinite chronique bilatérale, hyperhémie de la membrane du tympan; hypéresthésie de toute la région temporale gauche.

Encouragé par le résultat des deux cures précédemment observées par moi, je me disais, qu'à coup sûr, si je pouvais répéter la médication topique et faire un traitement direct contre la céphalée, la guérison de ce malade serait complète. Alors je commençai le traitement des troubles locaux, sans tenir compte de l'insistance du malade, qui m'accordait un mois, pour le délivrer des paroxysmes de la névralgie occipitale. Je détrui-

sis les granulations avec l'acide chromique, je pratiquai des insufflations dans le nez avec des poudres astringentes (tannin, alun, etc.). Pendant ce temps, je faisais aussi des insufflations d'air dans la trompe d'Eustache. Les résultats de ce traitement ne se firent pas attendre longtemps. Déjà, dès le troisième jour, la forte hypéresthésie gauche avait presque complètement disparu ; au bout d'une semaine, la céphalalgie avait totalement diminué d'intensité et le malade la déclarait presque tolérable. La pharyngite chronique et la rhinite disparurent après des soins persistants d'une durée de quelques mois.

OBSERVATION XIV

Pharyngo-tympanite. Douleurs occipitales. Douleurs temporo-malaire, à la conque, au tragus.

S..., Hermance, cuisinière, âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Saint-André, salle 5, lit 19, le 25 janvier 1888. Elle n'a jamais eu de maladies graves, elle est seulement sujette aux maux de gorge.

Sa mère et ses six frères ou sœurs jouissent d'une santé parfaite ; son père est atteint d'une hémiplégie gauche.

La malade est un peu anémique, elle a souvent des palpitations de cœur et des langueurs d'estomac. Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 17 ans. Enfin, étant jeune, elle a eu des abcès dans les oreilles.

Le 23 janvier, elle a ressenti un mal de gorge beaucoup plus intense qu'à l'habitude. Elle n'a pas pu manger et dans la nuit elle a eu de la fièvre et des douleurs de tête. Les jours suivants, le mal a persévéré, si ce n'est augmenté, la malade ne pouvant se nourrir que de potage. C'est en présence de cette situation qu'elle s'est décidée à venir à l'hôpital.

On procède aussitôt à l'examen du pharynx.

L'arrière-gorge est enflammée, les piliers sont rouges ainsi que la luette qui est en outre ratatinée et déviée fortement du côté gauche.

L'amygdale droite est considérablement hypertrophiée, de la grosseur d'une belle noisette ; de plus elle est rouge et proémine tellement du côté gauche, qu'elle provoque la déviation de la luette. Elle déborde les piliers

de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Enfin, par le toucher, elle se laisse déprimer.

La malade qui se laisse examiner facilement a son amygdale gauche absolument normale.

La malade se plaint aussi des douleurs nombreuses dans la tête. Ces douleurs siègent à la nuque et dans presque toute la région occipitale. Il en existe aussi de très vives dans la partie gauche de la tête, principalement à la conque, au tragus et dans la région temporo-malaire. A droite, on ne trouve rien dans les mêmes régions.

Traitement : Gargarisme émollient et badigeonnages avec : glycérine 20 gr., iode métallique 0,05 centigr., iodure de potassium 0,50 centigr., laudanum de Sydenham 1 gramme.

Ce traitement produit un changement peu appréciable. La fièvre reparaît tous les soirs; les douleurs occipitales diminuent légèrement, mais dans la région auriculaire et dans le voisinage de l'oreille gauche, on ne constate encore aucune modification le 2 février.

Le même jour elle prend du sulfate de quinine; son état persistant, je fais le 7 février, avec M. le Dr Guément un examen complet de la malade. Voici le résultat de cet examen : amygdale droite énorme.

Audition : Oreille gauche, audition avec une montre à 60 centimètres, et oreille droite, audition à 25 centimètres. Tympan gauche gris; triangle lumineux assez apparent. Saillie peu marquée de l'apophyse externe. Tympan droit, sombre, enfoncé; triangle lumineux très apparent. En outre, en arrière du manche du marteau, à droite et à gauche, il existe des traces d'anciennes cicatrices qui s'expliquent par les abcès que la malade a eus dans son enfance.

Cathétérisme : Quelques mucosités dans la trompe. Après une insufflation d'air, l'audition atteint 40 centimètres à droite, 75 centimètres à gauche.

Nez : cornets inférieurs disparus.

9 février : la douleur au niveau du tragus gauche est plus vive que la veille.

On fait à la malade une nouvelle insufflation d'air.

11 février : La malade entend comme dans le lointain. Elle a des éblouissements.

16 février : La malade éprouve du soulagement après une troisième insufflation d'air. Son amygdale droite est toujours énorme, mais l'inflammation du pharynx a presque complètement disparu. Toutes les douleurs sont à peine perceptibles, moins celles de l'oreille ou de son pourtour. La malade a des vertiges.

20 février : La malade accuse des douleurs dans les tempes. De plus elle souffre à la racine du nez. Son état qui semblait s'amender, reste stationnaire par suite de la réapparition de la pharyngite. L'amygdale droite a cependant diminué sensiblement de grosseur. Badigeonnage avec teinture d'iode.

24 février : La malade va bien mieux, ne souffre plus de douleurs de tête qui avaient reparu avec la pharyngite; seules les douleurs temporo-malaire et du tragus persistent. Elles ont toutefois diminué considérablement.

La malade sort le 3 mars, pour ne pas perdre sa place, bien que n'étant pas tout à fait guérie.

CONCLUSIONS

Des considérations qui précédent, nous croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Il peut survenir à la suite des traumatismes du pharynx des douleurs ayant des sièges plus ou moins bien déterminés.

2° Généralement les pharyngites produisent des douleurs ayant pour siège la nuque, les points d'émergence des nerfs occipitaux, l'occipital, la ligne courbe occipitale supérieure, les apophyses mastoïdes.

3° Les inflammations de l'oreille moyenne, du tympan et de la trompe d'Eutache peuvent produire des douleurs ayant pour siège la conque, le tragus, la région temporale.

4° Toutes ces douleurs disparaissent avec l'affection qui leur a donné naissance.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr P. VERGELY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 10 avril 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Sappey. — Traité d'anatomie descriptive.

Homolle. — Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne.

Hack. — Du traitement opératoire de certaines formes de migraine.

Legal. — Deutscher archiv. fur Klin. Médicin.

Masucci. — Contributo al morbo di Legal.

Troelstch. — Traité pratique des maladies de l'oreille, traduit par Kuhn et Levi.

Mandl. — Traité pratique des maladies du pharynx et du larynx.

Hack. — Deutsche med. Wochenschr. N° 42, 1883.

Woake. — Post nasal catarrh.

Beverley Robinson. — Pratical treatise in nasal catarrh.

Vergely. — De la céphalée postérieure.

Lasègue. — Traité des angines.

Morell-Mackenzie. — Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée.

Moure. — Revue de laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

12,362. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., 17, rue Montméjan.